



ND RYAN WHITE PARTE B PROGRAMA SALUD DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD DE DAKOTA DEL NORTE
DIVISIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y POR LA SANGRE
Rev. 07-2021

Yo, _____, autorizo al personal del Programa ND Ryan White o a sus agentes a discutir mi caso y diagnóstico (si es necesario) con los proveedores enumerados para obtener y mantener los servicios para los que puedo calificar:

- | | |
|--|------------------------------|
| Administradores de casos | Defensores |
| Trabajador financiero del condado | Representante de ND Medicaid |
| Médico | Personal de la clínica |
| Asistentes de inscripción de seguros | Proveedores de seguros |
| Otros proveedores de atención médica
(farmacéutico, dentista, etc.) | Trabajador social |

También autorizo al programa ND Ryan White a consultar con las aseguradoras privadas y los empleadores sobre el seguro médico o dental que pueda tener. Esta autorización tiene el único propósito de obtener información sobre las fechas de elegibilidad y la información sobre las primas para ayudar con las primas del seguro y garantizar una cobertura médica adecuada.

Este permiso vencerá un año después de la fecha de mi firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante nota al programa ND Ryan White. Si revoco esta autorización, el personal del programa ND Ryan White y las personas indicadas anteriormente pueden actuar sobre mi información que ha sido divulgada hasta la fecha de esa revocación.

Entiendo que la información sobre mí está protegida por las leyes de privacidad estatales y federales. Entiendo que esta información no se puede divulgar sin mi consentimiento, excepto según lo disponga la ley.

Entiendo que no es necesario firmar este formulario de autorización. Si elijo no firmar este formulario, puede limitar o restringir los servicios que se me pueden ofrecer. Si firmo este formulario, tengo derecho a recibir una copia de la autorización completa.

Firma del Cliente/Tutor

Fecha

Firma del Administrador de Casos

Fecha